Accueil de loisirs « Les P’tits Loups »

2025/2026

Documents à remettre lors de l’inscription

- ☐ La fiche d’inscription 2025-2026 remplie et signée
- ☐ Une attestation d’assurance responsabilité civile (scolaire/extrascolaire)
- ☐ La fiche sanitaire *(la partie vaccins est à renseigner même avec la fourniture d’une copie du carnet de santé)*
- ☐ Une copie du carnet de santé, partie vaccins *(vérifiez la bonne présence du nom de l’enfant sur les pages vaccins)*
- ☐ Une attestation de la CAF/MSA indiquant le QF de la famille où à défaut la dernière déclaration de revenus
- ☐ Cotisation de 15€ à l’ordre de Papilou (une seule par famille/foyer - valable du 1er septembre 2024 au 31 aout 2025)

Contact :

Benjamin ROBERT - Directeur de l’ALSH « Les P’tits Loups »

extrascolaire@papilou.fr : le mail pour les vacances

clubados@papilou.fr : le mail pour le club ados (11-17 ans)

ou

07 44 53 00 08

(du L au V de 9h à 18h)

Association PAPILOU – 788 route de Luc

07 590 SAINT-ETIENNE DE LUGDARES

www.papilou.fr

Accueil de loisirs "Les P'tits Loups"

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

Cadre réservé à Papilou, ne rien inscrire					
FI	AS	FS	CS	QF	COT

ENFANT

NOM : Prénom : Sexe :

Date de naissance :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM : Téléphone portable :

Prénom : Téléphone fixe :

Adresse mail : Téléphone travail :

Adresse postale :

NOM : Téléphone portable :

Prénom : Téléphone fixe :

Adresse mail : Téléphone travail :

Adresse postale :

Numéro allocataire CAF/MSA : Quotient familial :

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM/Prénom :	Téléphone :
NOM/Prénom :	Téléphone :
NOM/Prénom :	Téléphone :
NOM/Prénom :	Téléphone :

AUTORISATIONS/ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) *(NOM/Prénom)*

responsable légal de l'enfant *(NOM/Prénom)*

- autorise mon enfant à participer aux différents activités proposées par l'accueil de loisirs "Les P'tits Loups"
- décharge les organisateurs de toutes responsabilité vis-à-vis de mon enfant en cas d'accidents qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'accueil de loisirs de ce dernier
- autorise en cas d'urgence la direction de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant
- autorise mon enfant à être transporté exceptionnellement en voiture particulière par un membre de l'association pour des raisons d'organisation
- certifie exacts les renseignements inscrits sur la présente fiche et la fiche sanitaire de liaison
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant pour illustrer les activités pédagogiques et éducatives de l'accueil de loisirs	OUI	
	NON	
Autorise mon enfant à effectuer seul ses déplacements de son domicile à l'accueil de loisirs et inversement	OUI	
	NON	

Fait à : Signature du responsable légal :

Le :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :